FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 26.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 15 février 1860,

Par ADOLPHE-CHARLES TISSIER,

né à Paris,

Médecin auxiliaire de l'hôpital du Gros-Caillou,
ancien Élève de l'École Pratique et des Hôpitaux de Paris,
Médaille de Bronze de l'Administration générale de l'Assistance publique.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LA
RÉSISTANCE DU COL DE L'UTÉRUS
A LA DILATATION
PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

1860. — Tissier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT, Examinateur.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS, Président.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN, Examinateur.	MM. FOUCHER.
AXENFELD.	GUBLER.
BAILLON.	GUILLEMIN.
BARTH.	HÉRARD.
BLOT.	LASÈGUE.
BOUCHUT.	LECONTE.
BROCA.	PAJOT.
CHAUFFARD.	REVEIL.
DELPECH.	RICHARD.
DUCHAUSSOY.	ROUGET.
EMPIS.	TARDIEU.
FANO.	TRÉLAT.
FOLLIN, Examinateur.	VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA BONNE MÈRE.

Regrets éternels!

A MON PÈRE.

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES SOEURS.

A TOUS MES PARENTS.

A QUELQUES VRAIS AMIS.

A MON PREMIER MAITRE,

M. LE PROFESSEUR L. ROSTAN.

A mon Président,

M. LE PROFESSEUR B^ON P. DUBOIS.

A M. LE DR AMÉDÉE DECHAMBRE,

Rédacteur en Chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*

Remercîments de l'intérêt qu'il a bien voulu me porter pendant le cours de mes études.

A M. LE DR DONDAINE,

ex-Médecin du Bureau de Bienfaisance du 3e Arrondissement.

A M. LE Dr PAJOT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

A M. LE Dr FANO,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

pour leurs savantes leçons et l'amitié dont ils ont bien voulu m'honorer.

Je prie mes maîtres dans les hôpitaux :

M. GUENEAU DE MUSSY,

Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc. ;

M. BOUCHUT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc. ;

M. DELPECH,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de la Maternité,
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.,

d'agréer mes remercîments pour les utiles enseignements que j'ai retirés de leurs leçons, et de me permettre de rester toujours leur élève dévoué.

Je prie MM. Martin-Magron, Dupré et Dumay, professeurs particuliers; de Beauvais et Isambert, chefs de clinique de la Faculté, de vouloir bien accepter mes remercîments pour leurs savantes leçons et leurs bons conseils.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

RÉSISTANCE DU COL DE L'UTÉRUS

A LA DILATATION

PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

> Les hommes qui se sont le plus distingués par leur incrédulité en médecine, et même par leur haine contre elle, sont justement ceux qui ont le plus de confiance dans les arcanes, les sortiléges, les miracles, les remèdes de bonnes femmes.
>
> (L. Rostan, *De l'Incrédulité en matière de médecine.*)

AVANT-PROPOS.

L'accouchement naturel ou spontané, c'est-à-dire l'expulsion du fœtus par les seuls efforts de l'organisme, est de beaucoup le plus fréquent.

Que de fois cependant l'intervention de l'accoucheur est nécessaire et pour la vie de la mère et pour la vie de l'enfant, et nous pouvons dire, avec l'un de nos maîtres : rien ne ressemble si peu à un accouchement qu'un autre accouchement.

S'il est des cas, en obstétrique, où l'accoucheur instruit sauve à la fois deux existences compromises, il en est malheureusement

d'autres où le médecin inhabile, où la sage-femme ignorante, causent la mort de la mère et de l'enfant, et, suivant l'expression de M. le professeur Pajot, les tuent l'un et l'autre comme s'ils leur tiraient un coup de pistolet.

Parmi les cas nombreux de dystocie dont nous avons été témoin pendant notre séjour à la clinique d'accouchements de la Faculté, il en est un sur lequel nous avons fixé plus particulièrement notre attention; nous voulons parler des obstacles qu'apporte la résistance du col de l'utérus au travail de l'accouchement.

Nous nous sommes d'abord demandé si réellement le col utérin peut offrir de la résistance à la dilatation; car, dans ces derniers temps, nous avons entendu émettre au Dr Mattei une opinion qui nous paraît tant soit peu paradoxale : « Le col de l'utérus, dit-il, ne résiste jamais à la dilatation. » C'est là une idée que nous nous contentons de signaler; elle se réfute d'elle-même : il n'y a qu'à observer convenablement.

Quelles sont les causes qui peuvent empêcher la dilatation du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement? Telle est la première question que nous devions nous poser. Or ces causes ne sont pas appréciées de la même façon par tous les auteurs; quelques-uns, et c'est à tort, suivant nous, y font rentrer la tuméfaction, l'allongement, les abcès des lèvres du col; l'obliquité de l'orifice.

La tuméfaction et l'allongement des lèvres rendent le col douloureux, et par cela même amènent de la lenteur et de l'irrégularité dans le travail, mais n'empêchent pas la dilatation.

Les abcès qui envahissent une portion considérable du col ne font que retarder la dilatation, mais ne l'empêchent pas de se produire; leur volume peut être un obstacle matériel au passage de la partie fœtale qui se présente, et si l'art n'intervient pas, la mort de la femme et celle de l'enfant peuvent en être la conséquence : tel est le cas cité par tous les auteurs, d'après Théophile Bonet (*Sepulchret.*, t. III, liv. III, sect. 38, obs. 2, § 3), d'une femme qui mourut après cinq ou six jours de douleurs, sans avoir été délivrée.

Quant à l'obliquité de l'orifice, elle ne peut pas être, à proprement parler, considérée comme une résistance du col à la dilatation, car la résultante des efforts de contraction ne porte pas sur le col en vertu même de sa déviation.

Ces prétendues causes étant écartées, il nous reste à passer successivement en revue :

1° Le *spasme du col utérin* (rigidité spasmodique des auteurs) ;

2° La *résistance propre de l'ensemble des fibres du col* (rigidité proprement dite, rigidité anatomique de M. P. Dubois, rigidité mécanique de M. Pajot) ;

3° L'*agglutination de l'orifice;*

4° L'*oblitération du col;*

5° Les *altérations organiques diverses dont le col peut être le siége* (rigidité pathologique de M. Pajot, tumeurs cancéreuses ou fibreuses, brides de tissu inodulaire).

Tel est le but de cette dissertation inaugurale; heureux si l'on nous tient compte des efforts que nous avons faits pour rendre ce travail le plus digne possible des savantes leçons de nos maîtres.

Qu'il me soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier M. le Dr Taurin, chef de clinique de la Faculté, et M. le Dr Jones, de plusieurs observations inédites qu'ils ont bien voulu mettre à ma disposition.

Du spasme du col utérin.

Le bassin de la femme est bien conformé, l'enfant se présente bien; le travail est commencé, il dure même depuis 24 heures, 36 heures, 48 heures; les contractions sont énergiques, le col offre un certain degré de dilatation, l'orifice est grand comme une pièce de 1 franc; mais bientôt, malgré les contractions utérines, qui continuent et même augmentent d'intensité, les fibres du col se rétractent et diminuent le diamètre de l'ouverture que présentait auparavant l'orifice : c'est là ce qui constitue la rétraction spasmodique, le *spasme du col*. Ainsi nous définissons le spasme du col : *un resserrement tout à fait actif, qui peut se produire dans le col après qu'il a offert un degré de dilatation plus ou moins considérable;* c'est un véritable spasme des fibres circulaires qui constituent le sphincter de l'utérus.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.

Au toucher, on trouve un orifice grand comme une pièce de 1 franc, à bords minces, tranchants, roides, tendus; il est douloureux à la pression, beaucoup plus irritable que dans l'état ordinaire. Les parties environnantes sont sèches et chaudes, surtout si le travail dure depuis quelque temps; cette sensation de chaleur peut être comparée à celle qu'éprouve le doigt introduit dans le vagin d'une femme qui a une métrite intense ou une vaginite aiguë.

Si la rétraction spasmodique persiste pendant un certain temps, les contractions de l'utérus n'ont pour effet que d'engendrer des douleurs de reins très-vives, douleurs de reins qui manquent rarement; Mme Lachapelle dit les avoir toujours rencontrées (Mme Lachapelle, 10e mémoire, t. III, p. 304).

Il y a quelquefois du ténesme vésical, de fréquentes envies d'uriner, et aussi du ténesme du sphincter de l'anus.

Le système nerveux est surexcité, il y a beaucoup d'agitation, la femme pleure, se désole, se désespère, il survient des nausées, quelquefois même des vomissements (obs. 4.); alors le pouls est petit et fréquent.

Les contractions peuvent diminuer d'intensité et de fréquence; mais, malgré cette suspension des douleurs et du travail, la malade ne peut recouvrer de calme, elle éprouve un malaise général, elle est agitée, elle se retourne dans son lit, elle ne peut rester couchée longtemps dans la même position.

La rétraction spasmodique du col de l'utérus s'observe assez fréquemment; mais ordinairement elle est de courte durée, les efforts de contractions du corps de l'utérus finissant par vaincre cette résistance. On pourrait la confondre avec le resserrement qu'éprouve le col de l'utérus, lorsqu'après la rupture des membranes, la partie du fœtus qui se présente ne s'engage pas convenablement; mais il sera toujours facile d'éviter l'erreur, en se rappelant que dans le simple resserrement les bords de l'orifice sont épais, mous et facilement dilatables.

La violence des douleurs accusées par la malade ne permettra pas de confondre le spasme du col avec l'irrégularité et l'insuffisance ou l'absence des contractions. Du reste, si on éprouvait quelques doutes à cet égard, on n'aurait qu'à appliquer l'une des mains sur le ventre de la femme pendant qu'on introduit l'indicateur de l'autre main dans le vagin; on reconnaîtrait alors que la matrice se durcit par intervalle avec une énergie convenable, et que le col de l'utérus se tend avec beaucoup de force au moment des contractions.

Il arrive quelquefois que la partie fœtale qui se présente, ayant franchi l'orifice, la tête par exemple, le col de l'utérus se contracte spasmodiquement, revient sur lui-même, embrasse le cou du fœtus et met obstacle au passage des épaules. De même, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, la rétraction spasmodique du col

peut encore, après la sortie des hanches, opposer un obstacle assez considérable à la sortie des autres parties et particulièrement de la tête.

Ce n'est pas toujours la même portion du col de l'utérus qui se contracte sur le cou du fœtus, tantôt c'est l'orifice externe, ou mieux le cercle utérin qui correspond à cet orifice dans l'état de vacuité. La rétraction de l'orifice interne est plus fréquente que celle de l'orifice externe; elle résulte, suivant la remarque judicieuse de Dewees (*Essays on varions subjects connected with midwifery*), de la double tendance de l'utérus à reprendre sa forme primitive et à s'accommoder à la forme des parties contenues dans sa cavité.

« Lorsque c'est l'orifice externe qui serre étroitement le cou du fœtus, dit Capuron, comment peut-on s'assurer que cette contraction s'oppose à l'accouchement ? La tête de l'enfant est alors complétement dans le vagin, et plus ou moins près de la vulve ; il est donc très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'y insinuer la main. à moins que la tête ne soit très-petite ou n'ait été écrasée par le forceps, comme cela est arrivé dans un cas que Baudelocque rapporte. Lorsque l'orifice interne s'est contracté sur le cou du fœtus, la tête. à la vérité, est plus élevée que dans le cas précédent, et se trouve encore enveloppée du col de la matrice, mais il est plus acc eible à la main ; on peut alors le dilater et terminer l'accouchement. »

On voit. d'après ce qui précède, que si, dans le plus grand nombre des cas, on ne peut constater directement la rétraction du col de l'utérus sur le cou de l'enfant, on sera au moins en droit de soupçonner cette rétraction, lorsque, malgré l'énergie des contractions et en l'absence de toute autre cause de dystocie, on ne voit pas la tête avancer.

ÉTIOLOGIE.

La rétraction spasmodique de l'orifice utérin se voit surtout chez les femmes fortes et pléthoriques, mais on la rencontre aussi quel-

quefois chez celles qui ont un tempérament lymphatique ou nerveux, chez celles qui sont très-irritables ou très-impressionnables, chez celles qui sont sujettes aux spasmes. Les femmes qui ont fait plusieurs enfants y paraissent plus exposées que les primipares, dit M. Jacquemier. M. Pajot professe le contraire ; c'est aussi l'opinion de Ramsbotham et de Dewees.

Parmi les autres causes que l'on a invoquées, je signalerai la frayeur, les émotions morales, l'inquiétude de l'esprit, un toucher trop souvent répété, surtout lorsque le travail est commencé et pendant une contraction. J'ai pu m'en rendre compte par moi-même à la salle d'accouchements de la clinique : des tentatives imprudentes de dilatation, des frictions trop prolongées sur l'abdomen, l'emploi intempestif de l'ergot de seigle, la rupture prématurée des membranes, mais seulement si cette rupture est suivie d'un écoulement trop considérable de liquide amniotique ; car, comme nous l'a appris notre excellent maître, M. le professeur Dubois, la rupture naturelle ou artificielle de la poche des eaux peut, dans quelques cas, faire disparaître le spasme de l'orifice utérin, s'il ne s'écoule pas une trop grande quantité de liquide amniotique (obs. 1).

PRONOSTIC.

Comme dans toute question d'accouchement, le pronostic doit être étudié au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant : au point de vue de la mère, gravité médiocre, si l'art intervient à temps ; mais, si la rétraction persiste et que l'art n'intervienne pas, si en même temps les contractions utérines ne s'épuisent pas, il peut y avoir prolapsus de l'utérus (obs. 5), déchirure du col, ou rupture de la matrice, et la mort en être la conséquence.

Quant au fœtus, il est exposé à une mort assez prompte si le cordon ombilical se trouve comprimé ; mais il est peu vraisemblable, comme quelques auteurs l'ont prétendu, que la rétraction du col

utérin sur le cou du fœtus soit suffisante pour déterminer la strangulation.

TRAITEMENT.

La première chose que doit faire l'accoucheur en présence d'un cas de résistance spasmodique, c'est de prendre patience et d'attendre : en effet le spasme du col, après avoir duré une heure, deux heures, et plus, disparaît quelquefois comme par enchantement ; mais, lorsqu'après plusieurs heures d'attente, les contractions les plus énergiques n'ont pu amener la dilatation de l'orifice, l'accoucheur ne doit plus être simple spectateur, il faut qu'il intervienne.

Tout d'abord on pourra recourir avec avantage aux lavements, aux injections émollientes laudanisées, aux bains de siége, ou mieux aux bains généraux ; une température basse, 32° centigrades au plus, mérite en général la préférence : du reste on consultera en cela la susceptibilité de la femme, on lui donnera le bain à la température qui lui sera le plus agréable ; et si elle s'y trouve bien, on l'y laissera une heure et demie à deux heures, en maintenant la température constante pendant ce temps.

Si la femme est pléthorique, on pourra pratiquer une saignée ; elle a été conseillée par Mauriceau, qui en a tiré quelques profits ; Baudelocque, Mme Lachapelle, et la plupart des auteurs praticiens, ont confirmé son utilité. Le Dr Bond, de Baltimore, et le Dr Dewees ont publié plusieurs observations où la saignée jusqu'à la syncope, la femme étant debout, a été suivie de la dilatation immédiate de l'orifice utérin, l'emploi de l'opium à haute dose n'ayant pu réussir (Dewees, *On the efficacy of blood-letting in rigidity of the os externum ;* ouvr. cité, p. 57).

La saignée n'agirait-elle pas là comme dans les cas d'hémorrhagie utérine, où l'orifice utérin, même lorsqu'il n'y a point de travail réel, et qu'il y a à peine quelques douleurs, n'est pas seulement dilatable mais dilaté en partie ?

La saignée est un remède dont il ne faut pas abuser ; employée sans discernement, elle peut être nuisible, et chez les femmes affaiblies, elle est même dangereuse.

Les narcotiques ont été vantés par beaucoup de praticiens : l'opium à l'intérieur, l'extrait de belladone à l'extérieur, tels sont les narcotiques mis en usage.

La belladone a été préconisée d'abord par Evers (*Bibl. de chir. du Nord,* t. I, p. 118), puis par Chaussier, et plus tard par Mme Lachapelle, qui l'a souvent employée à la Maternité de Paris. Dugès, MM. P. Dubois, Moreau, Chailly, Jacquemier, Pajot, Cazeaux, ont vu le plus souvent l'usage de la belladone couronné de succès ; dix ou quinze minutes après son emploi, le col s'assouplit et se dilate. « Et si, dit M. Cazeaux, la belladone, tant vantée par quelques accoucheurs, est regardée par quelques autres comme un médicament sans efficacité ; ça tient à ce que l'on a confondu la simple rigidité et la rétraction spasmodique ; sans action dans le premier cas, elle me paraît très-avantageuse dans le second. »

La belladone, dit M. le professeur Velpeau (*Traité d'accouchements,* t. II, p. 53), agit ici comme sur l'iris, quand on l'applique entre les paupières, quelques heures avant de pratiquer l'opération de la cataracte, et souvent avec une promptitude vraiment surprenante. J'en ai fait usage dans 7 cas différents, ajoute le même auteur, et dans 6, l'effet a été incontestable.

Chaussier employait une pommade préparée avec 4 grammes d'extrait de belladone pour 32 grammes d'axonge. Cette pommade est assez difficile à porter sur le col soit avec le doigt, soit avec une boulette de charpie. M. le professeur P. Dubois aime mieux se servir de l'extrait sans mélange : il prend une petite boulette, grosse comme un petit pois, qu'il porte avec l'ongle de l'indicateur auprès de l'orifice ; la chaleur et l'humidité des parties ramollissent l'extrait de belladone, de manière qu'il est assez facile, au bout de quelques minutes, d'en badigeonner toute la surface du col.

Administrées à l'intérieur, les préparations opiacées, dont les ac-

coucheurs anglais on tant abusé, sont non-seulement inutiles, mais encore elles peuvent être nuisibles. L'opium en effet ne produit pas immédiatement la sédation; il accélère d'abord la circulation, et peut ainsi amener des congestions pulmonaires et cérébrales; en outre il n'est pas impossible que l'effet sédatif qui en résulte développe chez certaines femmes un état général de stupeur qui empêche l'utérus de se contracter, et entrave ainsi la marche du travail.

Dans ces dernières années, on a employé contre le spasme du col utérin les agents anesthésiques, et en particulier les inhalations de chloroforme; quoique cette médication n'ait pas pour elle la sanction de l'expérience, il y a tout lieu de croire qu'elle est appelée à rendre quelques services, nous l'avons vu réussir entre les mains de M. le professeur P. Dubois, comme on pourra s'en convaincre en lisant l'observation 2 que nous avons rapportée.

Si, malgré l'emploi des moyens que nous venons d'étudier, le col était menacé de se rompre, ou si le travail, en se prolongeant, devenait tellement pénible et fatigant, que la vie de la mère et celle de l'enfant fussent en danger, il n'y a pas à hésiter; il faut pratiquer une petite opération à laquelle on a donné un bien grand nom : c'est l'*hystérotomie vaginale*, opération césarienne vaginale ; elle consiste tout simplement dans le débridement du col : nous indiquerons plus loin la manière dont se fait ce débridement.

La dilatation forcée, en introduisant la main en cône dans l'orifice du col, dilatation forcée à laquelle avaient recours les accoucheurs anciens, et en particulier Mauriceau, Levret, et aussi Smellie, Baudelocque, et Mme Lachapelle, dans les premiers temps de leur pratique, est complétement abandonnée aujourd'hui ; elle a des inconvénients et même des dangers; elle peut donner lieu à des déchirures du col, et aussi du corps de l'utérus, accidents trop souvent mortels.

« Après la naissance de l'enfant, dit Burns, on devra introduire la main dans l'utérus, non pour extraire promptement le placenta,

mais pour se mettre aisément en contact avec lui, et provoquer l'action régulière de la matrice; car, en général, le spasme revient, et il peut y avoir rétention du placenta. » Je crois que l'accoucheur anglais s'est trop exagéré les difficultés, et qu'il ne serait pas toujours prudent de mettre en pratique le conseil qu'il donne.

OBSERVATION Ire.

Spasme du col ayant cédé à la rupture des membranes.

Une femme de 22 ans, assez bien constituée, primimare, enceinte de neuf mois, en douleurs depuis une heure du matin, entre, le 19 juin 1859, vers dix heures du matin, dans la salle des accouchements. Malgré des contractions énergiques qui durèrent pendant toute la journée du 19, en la touchant le soir on sent les bords de l'orifice minces comme une feuille de papier, résistants, fortement tendus; mais l'orifice n'est pas suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du doigt indicateur. Contractions énergiques pendant toute la nuit du 19 au 20, et cependant le 20, à la visite du matin, le travail n'avait fait aucun progrès; vers huit heures et demie du matin, rupture naturelle des membranes. M. P. Dubois soulève un peu la tête de l'enfant pour laisser écouler une certaine quantité de liquide amniotique; la rupture de la poche des eaux avait été à peine suivie de l'écoulement d'une petite quantité de liquide. Il y eut alors pendant un quart d'heure suspension du travail; mais, au bout de ce temps, les contractions recommencèrent avec énergie, et la dilatation du col était complète à dix heures et demie; à onze heures, l'accouchement était terminé.

OBSERVATION II.

Spasme du col ayant cédé à l'emploi du chloroforme.

Au n° 2 du service d'accouchements, est couchée la nommée Zoé

P..... ; c'est une jeune fille de 19 ans, de bonne constitution, réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans ; elle est primipare et enceinte de huit mois et demi. Cette femme a ressenti les premières douleurs le 6 février 1859, à trois heures du matin ; quatre ou cinq jours auparavant il y avait eu un œdème considérable des parties génitales, œdème qui avait disparu pour reparaître aux premières douleurs. Contractions suffisamment énergiques pendant la journée du 6 février et la nuit du 6 au 7. Le 7, à huit heures et demie du matin, M. P. Dubois, en examinant cette femme, trouve un col mince, très-tendu, rigide, et à peine entr'ouvert. Sur la lèvre antérieure il constate un bourrelet œdémateux, résistant, sur lequel s'appuyait la tête de l'enfant; cette lèvre, dure et résistante, était en même temps très-douloureuse au toucher, surtout pendant les contractions. En suivant les progrès du travail on pouvait constater que cette excessive sensibilité du col avait pour effet de faire échouer les contractions utérines, et par suite de retarder le travail. Dans le double but de déterminer les douleurs et de rendre le travail plus régulier, M. Dubois pensa à l'administration du chloroforme, se réservant, en cas d'insuffisance, de faire des incisions. Le chloroforme fut administré pendant un quart d'heure. Sous l'influence des inhalations, l'agitation inhérente à la rigidité du col diminua sensiblement, et la lèvre antérieure devint moins douloureuse et moins résistante. M. P. Dubois introduisit le doigt entre la tête de l'enfant et la lèvre antérieure, parvint à repousser cette lèvre en arrière et en haut, et la tête de l'enfant franchit l'orifice. Une fois cet obstacle vaincu, l'accouchement se termina en une demi-heure, malgré l'œdème considérable des grandes et des petites lèvres.

Comme particularité, mais n'ayant aucun rapport avec notre sujet, nous pouvons noter qu'il y avait hydropisie de l'amnios et que l'enfant, dont le poids était de 2,650 grammes, était atteint de pemphigus syphilitique.

OBSERVATION III.

Spasme du col; insuffisance de la rupture des membranes; incision du col.

Le 10 novembre 1858, dans la soirée, entre dans la salle d'accouchements, la nommée Louise P..... C'est une femme de 22 ans, de médiocre constitution, de tempérament lymphatique; elle est enceinte pour la première fois, et au terme de sa grossesse. Le travail est commencé depuis la veille, 9 novembre, à dix heures du soir; mais, malgré des contractions énergiques et soutenues qu'elle dit avoir éprouvées pendant toute la journée, l'orifice du col est à peine grand comme une pièce de 50 centimes; ses bords sont minces, résistants, dépourvus de souplesse et d'élasticité, très-douloureux à la pression.

Le 11 novembre, à la visite du matin, M. P. Dubois touche la femme et voit que le travail n'a pas marché, malgré de bonnes contractions pendant toute la nuit; il rompt les membranes. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique. Après avoir attendu une couple d'heures, voyant que le travail ne marchait pas, les contractions utérines continuant avec la même intensité et la même régularité, la saignée du reste étant contre-indiquée, M. P. Dubois fait une incision sur la lèvre postérieure du col. Cette petite opération fut suivie, en moins d'une demi-heure, de la dilatation complète de l'orifice, et la tête ne tarda pas à s'engager dans l'excavation pelvienne. La tête restant sur le plancher trop longtemps, et la femme, épuisée par la longueur du travail, n'ayant plus de contractions, on appliqua le forceps pour extraire l'enfant. Les suites de couches furent bonnes, et la femme sortait de l'hôpital le 22 novembre, c'est-à-dire onze jours après son accouchement.

OBSERVATION IV.

Spasme du col ayant cédé en partie aux efforts de contraction; incision de la lèvre antérieure pour faciliter la terminaison du travail.

Le 9 décembre 1859, à huit heures du matin, entre dans la salle d'accouchements la nommée Zélie H..... ; c'est une femme de 25 ans, assez bien constituée, primipare, arrivée au terme de sa grossesse.

Elle avait éprouvé les premières douleurs le jeudi 8 décembre, à dix heures du soir; pendant la nuit du 9 au 10, contractions énergiques, et cependant, le 10, à la visite du matin, l'orifice est à peine grand comme une pièce de 5 francs; il est mince, assez résistant, douloureux; à travers la poche des eaux, on sent la tête de l'enfant.

A une heure et demie du soir, la dilatation ne marchant pas convenablement, M. le Dr Taurin, pour faire cesser le spasme, rompt les membranes; il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique.

A quatre heures du soir, je touche la femme; je trouve l'orifice revenu sur lui-même; ses bords sont minces, résistants; il y a, en outre, un œdème considérable de la lèvre antérieure.

A sept heures du soir, la dilatation est un peu plus grande; à huit heures, la lèvre postérieure n'est plus accessible au doigt, mais la lèvre antérieure œdémateuse coiffe la tête de l'enfant, fortement engagée.

A neuf heures et demie, la tête est sur le plancher, toujours coiffée par la lèvre antérieure, très-œdématiée; la femme est prise de nausées, de vomissements, elle se plaint de douleurs à l'épigastre et à la région lombaire.

A dix heures et demie du soir, M. Taurin, voyant que la tête, qui est à la vulve, ne peut sortir, retenue qu'elle est par la lèvre antérieure, se décide à faire une petite incision de 5 à 6 milli-

mètres sur la partie droite de la lèvre antérieure, puis il applique le forceps. Extraction d'un enfant très-bien portant du poids de 3,100 grammes.

Quinze jours après, la femme sortait de l'hôpital, complétement rétablie.

OBSERVATION V.

Résistance spasmodique du col à la dilatation; prolapsus utérin; incision du col pour terminer l'accouchement.

L'observation suivante, remarquable par tous les détails circonstanciés dans lesquels est entré l'auteur, a été recueillie dans la clinique de la ville par M. le Dr Domerc, qui l'a fait suivre de quelques remarques judicieuses qu'on lira avec intérêt :

« Le 2 août dernier, je fus appelé dans une maison de la rue du Faubourg-Saint-Jacques pour terminer un accouchement commencé par une sage-femme et devenu impossible pour elle.

« La femme qui en était l'objet était primipare, et avait éprouvé les premières douleurs de l'enfantement dans la matinée de la veille.

« La sage-femme, intervenue vers midi, constata que la tête de l'enfant se présentait au détroit supérieur, et que le col était complétement effacé, mais n'avait encore subi aucune dilatation.

« Elle abandonna le travail à lui-même et attendit; les douleurs continuèrent, toujours très-vives et à d'assez courts intervalles, pendant toute la journée et la nuit; en même temps, la tête s'engagea insensiblement, et, vers minuit, elle avait atteint à peu près la moitié de l'excavation pelvienne.

« La dilatation était encore à peu près nulle, car elle ne permettait qu'avec peine l'introduction de l'extrémité du doigt.

« Vers deux heures de la nuit, la tête avait fait de nouveaux progrès de descente, mais ces progrès n'étaient nullement en rapport ni avec l'acuité ni avec la fréquence des douleurs.

« L'orifice utérin était toujours à peu près fermé.

« Nulle quantité de liquide amniotique ne s'était encore écoulée ; la sage-femme jugea à propos de perforer les membranes à travers l'étroite ouverture présentée par le segment inférieur de l'utérus, descendant devant la tête de l'enfant ; elle espérait ainsi déterminer la dilatation, tout à la fois par le relâchement des fibres de l'utérus que pourrait produire la diminution du liquide amniotique et par la lubréfaction qui en résulterait pour les fibres du col.

« Les heures qui se succédèrent ne justifièrent point ces espérances ; car, vers six heures du matin, la tête était arrivée sur le plancher inférieur du bassin, la dilatation n'ayant fait aucun progrès.

« Des tentatives de dilatation avec le doigt furent vainement tentées.

« Enfin je fus appelé, et, en attendant mon arrivée, la sage-femme s'appliqua à retenir à l'orifice de la vulve la tête coiffée de l'utérus, en la repoussant fortement pendant les douleurs, et engageant la femme à modérer le plus possible ses contractions expultrices.

« Vers huit heures, j'arrivai, et, après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, je constatai les dispositions suivantes :

« La tête entr'ouvre la vulve et fait tomber le périnée ; elle est entièrement coiffée par l'utérus, dont on peut mesurer des yeux une grande étendue en écartant les grandes lèvres. Toute la partie visible de l'utérus est lisse, tendue, et laisse assez facilement distinguer une disposition de lignes convergeant vers son orifice ; ce sont évidemment les fibres musculaires qui se dessinent dans son épaisseur. L'orifice se termine par un bord mince et presque tranchant ; il est situé à peu près à la réunion du tiers moyen avec le tiers antérieur de l'orifice vulvaire et un peu à gauche de la ligne médiane ; sa circonférence, à la simple vue, peut être comparée à celle d'une pièce de 50 centimes ; elle permet cependant l'introduction du doigt indicateur, mais en exerçant sur lui une véritable constriction.

« L'état général de la femme est satisfaisant, et laisse voir seulement une certaine prostration ; son pouls est régulier, de force moyenne, et présente à peine une légère fréquence.

« Le besoin d'agir était pressant, et le choix des moyens était dominé par la présence, depuis plus de huit heures, dans l'excavation pelvienne, de la tête de l'enfant ; c'est donc au moyen le plus expéditif que je dus avoir recours, c'est-à-dire à l'agrandissement artificiel de l'orifice de l'utérus.

« Je pratiquai cette opération à l'aide de ciseaux forts, à lames droites, dirigés sur le bord et le côté gauche de l'utérus, à l'aide des deux doigts indicateur et médius de la main droite. Ces deux doigts furent introduits en même temps, le premier dans l'intérieur de l'utérus, entre cet organe et la tête de l'enfant, le second en dehors de l'utérus, entre celui-ci et le vagin, de manière à saisir entre eux et jusqu'à leur commissure une portion correspondante d'utérus.

« Les ciseaux, dirigés ensuite de la main gauche sur la partie dorsale de ces deux doigts, saisirent 4 centimètres d'utérus et le coupèrent nettement dans toute cette étendue.

« Un fait remarquable se présenta aussitôt : tandis que je me disposais à pratiquer à gauche une seconde section en tout semblable à la première, je m'aperçus que l'utérus n'offrait plus la moindre résistance ; que son tissu était distendu, relâché, et cédait partout devant le doigt avec la plus grande facilité ; que son ouverture était devenue ainsi largement suffisante pour le passage de la tête de l'enfant, dont on pouvait alors très-aisément explorer toute la circonférence.

« Cette facilité d'examen, en présentant la suture sagittale dans une situation comprise entre la ligne du diamètre oblique droit et celle du diamètre antéro-postérieur du bassin, la fontanelle antérieure à l'extrémité postérieure et droite de cette suture, et l'occiput à son extrémité antérieure et un peu à gauche, confirmait le diagnostic d'une première position occipitale ou occipito-cotyloï-

dienne gauche antérieure, que j'avais porté en examinant primitivement à travers l'utérus.

« Une seule contraction énergique pouvait dès ce moment expulser l'enfant.

« Après l'avoir attendue vainement pendant quelques minutes, et n'avoir eu à constater au contraire que l'absence complète de douleurs, je fis une application de forceps, qui ne présenta d'autres difficultés que celles résultant d'un travail trop avancé, et j'amenai un enfant bien constitué, fort et très-vivace.

« La quantité de liquide mêlé de sang qui s'écoula alors fut peut-être un peu plus considérable que dans les circonstances ordinaires.

« Environ vingt minutes après, je procédai à l'extraction du placenta, qui se détacha facilement sans aucune douleur et sans perte de sang bien appréciable ; mais, avant comme pendant cette opération, les contractions utérines étaient manifestes et diminuaient insensiblement le volume de l'utérus.

« Les bords de l'orifice de ce dernier organe après la délivrance, que j'exécutai avec la plus grande précaution, étaient, à la vulve, au niveau des grandes lèvres. La plaie que j'avais pratiquée ne laissait point échapper de sang, les bords en étaient lisses au toucher et séparés dans toute leur étendue.

« La femme fut nettoyée, remise dans son lit, et l'utérus remonté jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral ; il cédait dans cette ascension comme un corps qui tient à peine ou n'est que très-lâchement uni aux parties voisines.

« Le repos absolu, une infusion de feuilles d'oranger, puis de l'orangeade, quelques bouillons, puis des potages ou des soupes grasses, et enfin des viandes légères, furent, avec les soins ordinaires de propreté et une ou deux injections par jour avec une décoction de têtes de pavot d'abord, et de feuilles de noyer ensuite, le seul traitement que je prescrivis pendant les quatre premiers jours.

« La sécrétion lactée débuta sans manifestation fébrile et à peine avec une légère sensibilité des seins pendant l'espace de vingt-quatre à trente-six heures.

« A partir du troisième et surtout du quatrième jour, elle était parfaitement régulière et facile, et répondait avantageusement aux très-bonnes dispositions de l'enfant.

« Au milieu de l'état général, qui ne cessa d'être satisfaisant, l'émission des urines, nulle pendant les trente-six-heures qui suivirent l'accouchement, fut assez lente à s'effectuer pendant les deux ou trois jours suivants, mais finit par se régulariser sans nécessiter aucun soin spécial. La suppression ou la difficulté des évacuations alvines nécessitèrent, à partir des deuxième et troisième jours, l'administration de quelques lavements laxatifs. L'écoulement lochial, qui, à partir du premier jour, n'était plus sanguinolent, fut toujours très-peu abondant.

« Enfin, le cinquième jour, malgré mes recommandations, la femme commença à quitter le lit. Le col de l'utérus, qui jusque-là avait occupé un point assez élevé dans l'excavation pelvienne, redescendit au niveau de la vulve.

« La plaie que j'avais pratiquée était à ce moment à peu près cicatrisée ; elle présentait à peine 0,02 centimètres de longueur, et les bords en restaient encore écartés dans toute leur étendue, mais plus en bas qu'en haut, et davantage en dehors qu'en dedans. Elle ne cessa jamais d'être indolente depuis et y compris le moment où je la pratiquai jusqu'à sa cicatrisation définitive.

« Le repos dans la position horizontale fut de nouveau exigé, et l'utérus reporté jusqu'au tiers supérieur environ de l'excavation pelvienne; la laxité de ses ligaments eût aisément permis une ascension plus considérable. Le corps de l'utérus, dans cette nouvelle situation, débordait d'environ 0,15 centimètres la région sus-pubienne.

« Des injections dans le vagin avec une décoction de tan ou

d'écorce de chêne furent recommandées, et l'alimentation continua à être en rapport avec les bonnes dispositions de la femme, c'est-à-dire de plus en plus substantielle et abondante.

« Peu de jours s'étaient encore écoulés, et la nouvelle accouchée, cédant aux instincts des classes ouvrières, quittait de nouveau le lit pour se livrer à ses occupations de ménage et aux soins de son enfant, et plus tard à sa profession de blanchisseuse, qu'elle n'avait cessé d'exercer que l'avant-veille de son accouchement.

« Si quelque injection astringente ou de toute autre nature fut faite encore de temps à autre, ce fut bien moins en vue d'un traitement suivi que pour atténuer la douleur ou la gêne qui pourraient résulter de l'abaissement de l'utérus, et quelquefois même de la sortie d'une grande partie de cet organe au dehors de la vulve, dans le cours des opérations de la journée, et surtout dans les efforts accomplis pendant la station verticale.

« Enfin, environ six semaines après l'accouchement, la dernière ressource dont j'avais cru devoir menacer la jeune mère de 23 ans, qui fait le sujet de cette observation, si elle ne se soumettait à un traitement dont le repos dans la position horizontale était la première condition, fut invoquée par elle-même, en venant résolument me demander l'application d'un pessaire, que je crus devoir lui accorder, sinon comme une nouvelle chance de guérison, du moins, au milieu de ses conditions d'existence, comme le seul moyen de supporter son infirmité.

« Cet accouchement est remarquable à plus d'un titre. Si, en effet, les exemples de dilatation lente du col de la matrice ne sont pas très-rares, surtout chez les primipares, nous devons convenir que ceux dans lesquels la dilatation se fait attendre jusqu'au moment où l'accouchement touche à sa fin, et où l'utérus et l'enfant, l'un contenant l'autre, peuvent être expulsés sous l'influence d'une seule contraction énergique, sont infiniment plus rares.

« Dans cet état de non-dilatation du col de l'utérus, qui fait le sujet de l'observation actuelle, il est curieux de voir cette large dilatation

succédant à une incision, qui, suivant les données ordinaires d'une section sur un tissu inanimé, devait produire à peine un agrandissement de circonférence représenté par à peu près trois fois la longueur de l'incision ou 12 centimètres; en fournir au contraire un en rapport avec la circonférence de la tête de l'enfant, c'est-à-dire d'environ 30 centimètres.

« Ce résultat me paraît ne devoir être attribué qu'à un état spasmodique du segment inférieur de l'utérus, et en particulier des fibres du col, qui a été vaincu plutôt par la perturbation produite par la section des fibres du col, que par l'agrandissement anatomique qui en est résulté.

« Je suis confirmé pleinement dans cette manière de voir par deux faits analogues à celui qui m'occupe, observés antérieurement dans ma pratique, mais arrêtés dès les premières phases du travail : l'un dans l'espace d'environ deux heures, par des applications d'extrait délayé de belladone sur le pourtour de l'orifice utérin; l'autre, bien plus rapidement encore, quoique j'eusse affaire à une primipare de 37 ans, avec des affusions chaudes et répétées de décoction de feuilles de belladone sur toute la périphérie de l'orifice utérin. Aucun de ces moyens n'est applicable dans le cas actuel, à cause des progrès trop avancés du travail et de la pression exercée depuis trop longtemps par la tête de l'enfant sur les organes intra-pelviens. Cette dernière appréhension ne fut cependant justifiée après l'accouchement que par une suppression d'urine de trente-six heures et une constipation de plusieurs jours.

« Cet accouchement, dans lequel la contraction des fibres de l'utérus n'a pu exercer aucune influence pour son accomplissement ou l'expulsion presque définitive de l'enfant, démontre enfin que les muscles abdominaux peuvent tout seuls, par leur contraction, mais avec un peu plus de lenteur, très-évidemment, que lorsqu'ils sont secondés par les contractions utérines, terminer l'accouchement. »

De la rigidité proprement dite du col de l'utérus.

La rigidité du col de l'utérus, que M. P. Dubois désigne sous le nom de *rigidité anatomique*, et M. Pajot, sous celui de *rigidité mécanique*, peut être définie, avec M. Cazeaux, une force passive en vertu de laquelle les fibres de l'orifice résistent à la dilatation qu'elles doivent subir, malgré des contractions puissantes et énergiques.

Le tissu du col a une dureté extraordinaire, sans dilatation, c'est une exagération de la solidité du tissu.

ÉTIOLOGIE.

La rigidité anatomique est beaucoup moins fréquente que le spasme du col, affection avec laquelle elle a été et est encore confondue par quelques auteurs. Suivant les Drs Dewees et Ramsbotham, on la rencontre surtout chez les femmes très-jeunes et chez celles qui sont âgées, mais qui accouchent pour la première fois, ou bien lorsque le travail s'est déclaré prématurément.

La pléthore semble constituer une prédisposition à cet accident, mais moins que pour le spasme du col. Le plus souvent il est absolument impossible de déterminer la cause.

SYMPTÔMES.

Au toucher, on trouve les bords de l'orifice épais, durs, résistants, roides; on peut comparer cette dureté à celle du tissu utérin à l'état de vacuité, c'est un tissu criant sous le scalpel. Le plus souvent le col n'est pas complétement effacé comme il l'est ordinairement à la fin du neuvième mois, il a conservé encore un peu de sa longueur et de son épaisseur. Quelquefois cependant le col est effacé, et quoique la rigidité ne porte que sur les fibres qui circonscrivent

l'orifice et que l'obstacle paraisse très-faible, les contractions sont longtemps inefficaces et souvent même inutiles.

Le col n'est pas douloureux au toucher comme dans la rétraction spasmodique; si l'on place le doigt qui touche entre la partie fœtale qui se présente, la tête par exemple et les bords de l'orifice, on a le doigt pris comme dans un étau au moment d'une contraction (obs. 7).

La rigidité peut n'être que partielle, n'occuper qu'une partie du col utérin; mais c'est assez rare, on en trouvera un cas dans les mémoires de Mme Lachapelle (t. II, p. 121, 4e mémoire, n° 10).

Il y a des douleurs de reins très-vives, mais le paroxysme de la douleur est souvent désigné par la malade comme affectant quelque partie du ventre et plus particulièrement la portion inférieure qui correspond au col utérin. Les autres symptômes sont ceux que l'on rencontre dans le spasme du col, une sécheresse et une chaleur considérable des parties, du ténesme vésical, une agitation très-grande, etc. etc.

La rigidité du col de l'utérus ne cède que très-rarement aux efforts de contractions du corps de l'utérus. Si l'art n'intervient pas, on observe une première période de travail, c'est-à-dire une période de dilatation qui est très-lente et qui peut durer deux ou trois jours. Ce qui met fin à cette période de dilatation, c'est une fissure naturelle qui se fait dans les parois du col. Ne sait-on pas du reste que ces fissures s'opèrent dans presque tous les accouchements, surtout vers la commissure gauche de l'orifice?

DIAGNOSTIC.

La rigidité du col ne sera pas confondue avec le spasme du col. Dans la rigidité du col, les bords de l'orifice sont épais, le col a le plus souvent conservé de sa longueur; dans le spasme au contraire, le col est effacé, et ses bords sont minces et tranchants. Dans la rétraction spasmodique, le col tend à revenir sur lui-même quand

il a déjà subi un certain degré de dilatation ; dans la rigidité, s'il y a un commencement de dilatation du col, l'ouverture ne tend jamais à diminuer.

Il arrive quelquefois que les lèvres d'un orifice utérin bien dilaté s'épaississent, deviennent œdémateuses, et rétrécissent l'ouverture ; c'est ce que l'on observe lorsque le travail a marché très-lentement, ou bien lorsqu'après la rupture des membranes, la partie qui se présente ne s'est pas bien engagée. Avec un peu d'habitude, on ne confondra pas cet état particulier avec la rigidité. Dans le cas dont nous parlons, l'orifice est bien plus simple, bien plus dilatable, et n'empêche pas, comme l'orifice rigide, l'introduction de la main dans la matrice ; de plus les douleurs lombaires n'existent pas.

PRONOSTIC.

Le pronostic est grave, si l'art n'intervient pas. La première période de travail se prolongeant, l'épuisement peut être tellement grand que la femme peut mourir sans être accouchée. C'est dans la rigidité encore plus que dans le spasme que l'on observe le prolapsus utérin, la déchirure du col et la péritonite consécutive, les ruptures de la matrice (Ramsbotham, *Obstetric medecine and surgery*, p. 242 ; Mme Lachapelle, t. III, p. 363, mém. 10, n° 16).

Outre ces dangers du côté de la mère, l'enfant court risque de périr non pas comme l'avaient prétendu les anciens accoucheurs, par la compression du cerveau, mais par la pression continuelle de l'utérus, après l'écoulement du liquide amniotique, pression qui peut interrompre la circulation fœtale, ou du moins qui peut l'empêcher de s'accomplir d'une façon régulière.

TRAITEMENT.

On a vanté tour à tour, contre la rigidité du col de l'utérus, les bains, la belladone, la saignée, et la dilatation forcée.

Les bains et la belladone, de l'aveu même de ceux qui en ont essayé, n'ont aucune efficacité ; aussi ces deux méthodes de traitement sont-elles abandonnées complétement par tous les accoucheurs, et si l'on y a recours encore quelquefois, c'est parce que ce sont des moyens qui, s'ils ne sont pas utiles, du moins ne peuvent pas nuire.

Quant à la saignée, elle est en grand honneur aux États-Unis et en Angleterre ; Dewees (ouvr. cité) et Burns (ouvr. cité) en font grand cas. Cependant Ramsbotham ne partage pas pour la saignée tout l'enthousiasme de ses compatriotes, et il cite trois faits où la saignée combinée avec l'administration de l'opium ne lui a pas réussi ; bien plus, dans l'un des cas, la femme mourut par suite de rupture de l'utérus (ouvr. cité). Peut-être aurait-on pu empêcher cet accident par le débridement du col fait à propos. Les accoucheurs français sont complétement opposés à l'emploi de la saignée ; pour notre part, nous ne l'avons jamais vu employer par nos maîtres, et si autrefois ils y ont eu recours, ça toujours été sans succès.

La dilatation forcée est une manœuvre qui doit être complétement bannie de la pratique obstétricale ; en effet, les bords de l'orifice étant dépourvus d'élasticité, on s'exposerait, par l'introduction forcée de la main, à produire des déchirures plus ou moins profondes et bien plus dangereuses qu'une incision régulière. C'est une pratique abandonnée même depuis longtemps par les accoucheurs instruits ; ainsi Smellie, après plusieurs insuccès, y avait renoncé pour recourir aux incisions (traduction française, t. III, p. 314 et 324, obs. 8 et 10).

La rigidité anatomique ne pouvant être vaincue ni par les bains, ni par la saignée, ni par les narcotiques, ni par la belladone, que doit faire l'accoucheur ? Lorsqu'il aura attendu ce que la prudence lui prescrit d'attendre, il devra pratiquer le débridement du col, toutefois après s'être assuré que la vessie et le rectum sont vides.

Pour pratiquer le débridement du col de l'utérus, on place la

femme comme pour faire la version ; on introduit le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin jusqu'à l'orifice de l'utérus, on fait glisser à plat sur l'indicateur la lame d'un bistouri légèrement courbe, et ne coupant que dans une étendue de 1 à 2 centimètres, vers son extrémité. Si l'on n'a pas de bistouri courbe, on se sert d'un bistouri droit boutonné de 10 à 15 centimètres de longueur, et l'on entoure la lame d'un linge ou d'une bande de diachylon jusqu'a 2 centimètres à peu près de son extrémité. Quand l'instrument a dépassé l'orifice, on lui imprime un mouvement de rotation, de manière à amener le tranchant perpendiculairement au bord libre de l'orifice, au niveau du point où l'on veut faire l'incision. Dès que le col est tendu par une contraction, on fait exécuter au bistouri deux ou trois mouvements de scie, et, dans le plus grand nombre des cas, l'incision se fait avec facilité. Cependant il arrive quelquefois que l'incision ne peut se faire avec le bistouri, on emploie alors des ciseaux coudés ayant un bras de levier très-puissant (obs. 8).

L'incision ne doit pas avoir plus de 1 centimètre de profondeur ; si une seule ne suffit pas, on en pratique plusieurs. Dès que les incisions sont faites, on remet le bistouri à plat sur le doigt indicateur, et on le retire comme on l'a introduit.

On peut se demander quel est le point du col que l'on doit choisir pour faire l'incision : s'il y a un point où la rigidité soit plus considérable, c'est là qu'on incisera ; mais, comme souvent c'est chose difficile à apprécier, alors on fait l'incision dans l'endroit le plus commode, et l'on choisit de préférence le côté gauche, un peu au-dessus de la commissure, là où se produisent si fréquemment dans l'accouchement naturel ces fissures dont les cicatrices constituent ces petits tubercules que l'on rencontre chez les femmes multipares. On se décidera d'autant plus facilement à avoir recours aux incisions multiples, qu'il est démontré par un grand nombre d'observations que lorsqu'elles sont bien faites, elles sont sans danger immédiat, et que très-rarement elles sont suivies d'accidents (Bazignan, thèse

de concours pour la chaire de clinique d'accouchements, p. 9, mai 1834). Les accoucheurs qui, comme MM. P. Dubois et Pajot, ont fait ou vu faire cette opération un très-grand nombre de fois, tant à la clinique d'accouchements que dans la clientèle de la ville, n'ont jamais vu d'accidents graves en être la conséquence : Fodéré (thèse de Strasbourg, 1826) et M. Velpeau (*Traité d'accouchements*, t. II, p. 218) ne lui accordent pas tout à fait la même innocuité ; pour moi, s'il m'est permis d'exprimer ici mon opinion, je crois que les quelques cas malheureux cités par Fodéré, cas dans lesquels le passage de la tête de l'enfant aurait prolongé l'incision au delà du col, jusque dans le corps même de l'utérus, doivent être attribués à deux choses : d'abord à ce que l'on s'était contenté de faire une seule incision ; en second lieu, à ce que l'incision avait une trop grande profondeur.

OBSERVATION VI.

Rigidité anatomique ; administration d'un bain, douches sur le col sans résultat ; incision du col pour terminer l'accouchement.

Le 14 mai 1857, entre à la salle d'accouchements de la clinique la nommée Marie N..... ; c'est une jeune fille de 19 ans, fortement constituée, réglée abondamment tous les mois depuis l'âge de 13 ans ; elle est enceinte pour la première fois et à terme.

Le travail est commencé depuis quarante-huit heures, la malade accuse des douleurs violentes surtout dans la région lombaire ; elle est dans une agitation extrême, se retourne dans son lit, se met dans toutes sortes de positions, sans pouvoir y rester. Au toucher, on trouve un orifice grand comme une pièce de 2 francs ; les bords sont épais, durs, résistants, non dépressibles.

Le 15, à la visite du matin, pas de changement dans l'état du col ; les contractions ont cependant été énergiques pendant toute la nuit, et assez fréquentes. M. P. Dubois fait mettre la femme dans un bain

pendant une heure et quart; en même temps, on dirige des douches sur le col utérin. A la sortie du bain, le col est moins résistant, mais bientôt il reprend sa dureté et sa consistance (on administre 1 gramme d'ergot en deux prises, à dix minutes d'intervalle); la femme a des douleurs très-grandes, elle pousse des cris déchirants, les contractions sont énergiques, mais sans amener de résultat. M. P. Dubois se détermine alors à faire des incisions sur le col, l'une sur la lèvre postérieure à droite, l'autre sur la lèvre antérieure, précisément dans les endroits où il avait trouvé le plus de résistance. Ces incisions furent suivies d'une dilatation assez grande pour permettre l'application du forceps, et l'accouchement se termina en peu de temps.

La malade sortait complétement guérie le 2 juin suivant.

OBSERVATION VII.

Rigidité du col; deux incisions sur le col, application du forceps; terminaison de l'accouchement après la perforation du crâne du fœtus.

Le 30 juin 1859, entre à la clinique d'accouchements la nommée Honorine E..... ; c'est une femme de 23 ans, d'une constitution au-dessous de la moyenne ; elle a été réglée, pour la première fois, à l'âge de 20 ans; elle est réglée très-irrégulièrement.

Cette femme a éprouvé les premières douleurs le 24 juin à midi; la sage-femme qui donnait ses soins à la malade, voyant que le travail ne marchait pas, se décide, le 28 juin, à faire appeler un médecin : celui-ci, dans l'espoir de faciliter la dilatation du col, rompt les membranes à sept heures du soir, et le lendemain matin, 29 juin, quoique la dilatation fût peu considérable, il tente une première application de forceps; deux nouvelles tentatives sont faites dans la journée, mais inutilement.

Le 29, au soir, on donne un bain à la femme, et on la laisse reposer pendant toute la nuit.

Le 30, au matin, on amène la femme à la clinique d'accouchements.

M. le Dr Depaul, chargé alors du service de la clinique, touche la femme; il trouve la tête fortement engagée dans l'excavation, mais coiffée complétement par le segment inférieur de l'utérus : le col est peu dilaté, l'orifice est grand comme une pièce de 5 francs, les bords en sont épais, durs, résistants, comme cartilagineux : on a de la peine à passer le doigt entre les bords de l'orifice et la tête de l'enfant; le doigt y est serré comme dans un étau au moment des contractions.

M. Depaul voyant qu'il avait affaire à un cas de rigidité, et que cette rii dité du col était l'obstacle principal à la dilatation du col, se décide à pratiquer deux incisions de 5 à 6 millimètres sur la lèvre antérieure du col, l'une à droite, l'autre à gauche.

Quelques minutes après, la dilatation est assez grande pour permettre l'application du forceps; mais, malgré des tractions énergiques, la tête ne peut franchir l'orifice. Comme l'enfant avait cessé de vivre, M. Depaul se décide à soumettre la malade aux inhalations de chloroforme, pour faire la perforation du crâne de l'enfant, et appliquer ensuite le céphalotribe.

La délivrance se fait quelques minutes après, sans la moindre difficulté.

Le poids du fœtus, moins la matière cérébrale écoulée, était de 2,670 grammes.

La femme sortait complétement rétablie le 9 juillet suivant.

OBSERVATION VIII.

Rigidité du col utérin; triple incision; extraction de l'enfant par le forceps.

Le 19 septembre 1859, entre à la clinique d'accouchements de la Faculté la nommée Marie B..... ; c'est une femme de 21 ans, fortement constituée, à tempérament sanguin, ordinairement bien réglée, depuis l'âge de 17 ans.

Sa grossesse s'est bien passée jusqu'au 8 septembre ; mais, à partir de cette époque jusqu'au 15 septembre, elle a eu trois hémorrhagies plus ou moins abondantes. Elle compare la dernière perte à une véritable apparition des règles ; elle a duré cinq jours, du 10 au 15 septembre. Ces pertes ont été précédées de coliques intenses et de fortes douleurs de reins.

A la visite, on constate l'état suivant : ventre moyennement développé, fond de l'utérus dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Par le toucher, on trouve un col court, dur, légèrement entr'ouvert ; mais on ne peut atteindre la partie fœtale qui se présente. L'auscultation permet d'entendre les bruits du cœur à droite et au-dessous de l'ombilic.

La femme est mise au repos au lit. Jusqu'au 30 septembre, pas de nouvel accident.

4 octobre. Légères douleurs intermittentes. Au toucher, col court, mais non complétement effacé, dur, non élastique ; orifice légèrement entr'ouvert ; état général bon.

Le 5, même état.

Dans la nuit du 5 au 6, douleurs assez fortes, intermittentes, revenant plus souvent que la veille. A quatre heures du matin, rupture spontanée des membranes.

Le 6, à la visite du matin, on touche la femme : le col est entr'ouvert, mais pas assez pour permettre l'introduction du doigt indicateur ; le pourtour du col est épais et rigide : on constate une présentation du sommet. L'auscultation permet d'entendre les bruits du cœur du fœtus ; chaque contraction amène la sortie d'une petite quantité de liquide amniotique, les douleurs sont de plus en plus vives ; la malade ne peut rester couchée, elle se promène toute la journée dans la salle.

Le 7, on trouve le col un peu plus dilaté ; les bords de l'orifice sont toujours épais, très-résistants, non dépressibles ; les contractions sont faibles et très-éloignées.

La position de l'enfant ne peut être reconnue, la rigidité de l'orifice ne permettant d'atteindre que la bosse séro-sanguine, qui a acquis un volume assez considérable.

A huit heures du matin, on fait des onctions sur le col avec de l'extrait de belladone, mais sans aucun résultat. M. le Dr Pajot, chargé du service de la clinique, se décide à faire des incisions sur le col : il essaye inutilement de débrider le col avec le bistouri ; il se sert alors de ciseaux coudés, et le col cède en faisant entendre un bruit assez analogue à celui que produirait une tumeur fibro-plastique que l'on inciserait. Cette première incision, faite à droite du col, n'ayant amené aucun résultat, vers midi, une seconde incision, de 5 à 6 millimètres de longueur, est faite, à gauche, à l'aide du bistouri. A deux heures, la dilatation n'est pas beaucoup plus grande ; on soumet la femme. mais inutilement, pendant quinze à vingt minutes, aux inhalations de chloroforme.

Vers trois heures, une nouvelle incision, de 6 à 8 millimètres, est faite entre les deux premières : le col cède presque aussitôt, surtout à gauche ; il s'ouvre assez pour permettre l'engagement immédiat de la tête du fœtus. Les contractions utérines étant presque nulles, et la vie de l'enfant étant menacée, M. le Dr Taurin fait une application de forceps, et amène au monde un enfant vivant.

L'état de la malade était assez bon, lorsque, le 10 octobre, elle fut prise de frisson, de fièvre, de douleurs vives dans la fosse iliaque du côté droit ; le pouls était à 110.

Cet état dura plusieurs jours, et, le 19, on constata un engorgement phlegmoneux dans la fosse iliaque droite. Cet engorgement céda à l'emploi des sangsues, des frictions avec l'onguent napolitain belladoné, des cataplasmes, etc. etc., et la malade sortait guérie le 4 novembre.

OBSERVATION IX.

Rigidité du col de l'utérus; grossesse gémellaire; double incision pour terminer l'accouchement.

L'observation suivante, recueillie par le Dr Bonnelat, de Saint-Amand-Montrond, offre quelque intérêt et mérite d'être rapportée. Au mois de novembre dernier, je fus appelé auprès d'une dame en couches, et dont trois accouchements antérieurs avaient été fort longs et très-laborieux; aucun n'avait pu se terminer sans le secours de l'art. Dans le dernier, la tête de l'enfant était demeurée plusieurs jours au passage, avait déterminé une eschare gangréneuse dans la paroi inférieure du canal de l'urèthre, et par suite une fistule uréthro-vaginale, qui persiste depuis plusieurs années, malgré tous les moyens mis en usage pour en obtenir la guérison. Tous les enfants, à l'exception du premier, qui a vécu quelques heures, sont nés morts.

Cette fois-ci, l'accouchement ayant commencé vers onze heures du matin, la sage-femme ordinaire fut appelée de suite; je le fus à sept heures du soir. Lorsque j'arrivai auprès de la malade, je la trouvai très-souffrante et fort inquiète sur le résultat probable de son accouchement; les contractions de l'utérus étaient fréquentes et très-fortes, l'enfant présentait depuis assez longtemps les pieds à la vulve, mais le travail n'avançait en aucune manière, malgré les plus violents efforts.

Assistant cette dame dans ses couches pour la première fois, je présumai, à cause de la longueur et de la difficulté des précédents accouchements, qu'il existait quelque vice de conformation dans le bassin, et pour le reconnaître, j'introduisis, en le faisant glisser sur l'un des pieds de l'enfant, le doigt indicateur de la main droite dans le vagin; mais, arrivé à 6 ou 8 centimètres de profondeur, il fut arrêté par une espèce d'anneau, dur, résistant, de nature comme fibreuse, ayant la forme et presque l'épaisseur d'un pessaire, et dont

l'ouverture centrale, de 2 ou 3 pouces de diamètre environ, avait permis le passage des pieds jusqu'aux malléoles.

J'introduisis avec beaucoup de peine l'extrémité du doigt entre les jambes de l'enfant et cet anneau fibreux ; j'attendis quelques efforts, et je m'assurai qu'à cause de sa texture dense et serrée, l'ouverture n'en était nullement dilatée lors des contractions de la matrice.

Me rappelant l'observation de M. P. Dubois, je pensai de suite que cet anneau circulaire ne pouvait être autre chose que le col de l'utérus, mais endurci et inextensible, et qu'abandonné à lui-même, l'accouchement, à cause de cette circonstance, ne saurait se terminer par les seules forces de la nature. J'imaginai que la seule indication qui se présentât était d'inciser tout ou partie de cette corde circulaire, espérant que les contractions de la matrice achèveraient de la dilater. J'exécutai donc immédiatement cette opération, en portant sur le doigt indicateur de la main gauche, préalablement introduit dans le vagin, et dont l'extrémité, glissée entre la jambe de l'enfant et l'anneau, le dépassait un peu, un bistouri droit boutonné, dont la lame, excepté dans une étendue d'un pouce, vers la pointe, avait été entourée d'une bandelette de linge fin.

Je fis d'abord, à gauche, une première incision qui divisa l'anneau dans toute son épaisseur, à peu près ; cette incision produisit au doigt une sensation analogue à celle qu'on éprouve en divisant avec un instrument tranchant un tissu fibreux ou cartilagineux ; la femme, que je n'avais pas avertie, n'éprouva aucune douleur, et, au premier effort qui survint, les jambes et les cuisses s'engagèrent jusqu'aux fesses, qui s'arrêtèrent encore, mais la constriction était beaucoup moindre, et il devint facile de promener le doigt entre l'anneau et le corps de l'enfant.

Enhardi par le succès de cette première incision, j'en fis sur-le-champ une seconde à droite, et l'anneau s'effaça tout à fait sous

un nouvel effort qui termina l'accouchement ; il était huit heures. L'enfant était petit et viable, mais mort.

Le ventre n'ayant pas diminué de volume, je touchai la malade de nouveau, et il me fut facile de reconnaître que la grossesse était double. En effet, une heure trois quarts après, les eaux s'écoulèrent, et le deuxième accouchement se termina sans obstacle en dix minutes ; l'enfant avait présenté les fesses ; il était, comme le premier, petit et très-faible, mais vivant ; aucune hémorrhagie ni accident n'a été la suite de cette opération, et la femme, d'ailleurs robuste et bien constituée, a été entièrement rétablie au bout de huit jours.

L'enfant est mort le cinquième jour.

Le toucher, pratiqué un mois après, ne m'a fait reconnaître aucune trace de l'anneau que j'avais trouvé au moment de l'accouchement ; l'utérus avait repris sa place et sa forme accoutumée, son col ne présentait aucune trace des incisions qui y avaient été faites.

De l'agglutination de l'orifice du col de l'utérus.

L'agglutination des lèvres de l'orifice utérin se rencontre plus fréquemment que les auteurs ne semblent l'admettre ; cela tient à ce que les efforts de contractions triomphant le plus souvent de l'obstacle dès le début du travail, il n'est pas toujours permis à l'accoucheur de pouvoir observer cet accident.

Cette affection, encore peu connue, a été étudiée par Portal, mais surtout par le Dr Martin, de Lyon, et par Naegele.

Cette oblitération est constituée par une fausse membrane ou une trame filamenteuse très-peu résistante, cédant à la pression du doigt. Cette pseudomembrane, d'après Naegele, ressemble beaucoup à cette matière qui sert d'union entre le placenta et l'utérus, à celle qui unit les poumons avec la plèvre costale, ou les intestins

entre eux et avec la paroi abdominale, lorsque l'inflammation se termine par adhérence. Dans un cas, ajoute le même auteur, où l'on put faire l'autopsie chez une femme morte en travail, la coarctation du col était tellement considérable qu'elle ne put être vaincue par une traction assez forte.

« Quelle est la nature de l'agglutination de l'orifice? Y a-t-il véritablement agglutination? Ce prétendu tissu plastique est-il autre chose qu'une portion de membrane caduque exubérante? Ces cas n'appartiennent-ils pas plutôt à quelques-unes de ces dispositions du col qui rendent sa dilatation très-difficile et très-lente? » Ce sont autant de questions que se pose M. Jacquemier, sans vouloir les résoudre; « et malgré l'autorité des observateurs, ajoute-t-il, il est impossible qu'il ne reste pas de doutes sur la réalité de cette agglutination. »

Quoi qu'il en soit de cette affection, il est probable qu'elle succède à une inflammation qui a eu lieu dans l'intervalle de temps qui sépare la fécondation de l'accouchement.

On reconnaît l'existence de cette agglutination aux signes suivants :

Au toucher, le doigt ne trouve pas d'orifice, ou du moins, s'il y en a un, il n'est pas suffisant pour permettre l'introduction du doigt; à sa place, on trouve un petit creux ou repli déprimé à son centre et occupé par une trame celluleuse.

Malgré la violence des contractions, l'orifice de l'utérus reste fermé, et se porte à la fois en arrière et latéralement.

Dès le début du travail, il y a prolapsus du segment inférieur de l'utérus, et, à mesure que les contractions sont plus énergiques, il s'amincit considérablement.

Souvent la partie distendue devient si mince qu'on croirait qu'il n'y a que les membranes interposées entre le doigt et la tête.

Si la force des contractions ou une intervention salutaire ne vient pas détruire l'agglutination du col utérin, il peut en résulter une rupture de la matrice ou une prolongation dangereuse du travail.

L'agglutination cède assez facilement à la pression du bout du doigt ; on se sert ordinairement de l'indicateur pour rompre les adhérences ; souvent, pendant l'opération, il s'écoule un peu de sang.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette agglutination, qui cède si facilement au doigt, résiste à l'effort de contractions énergiques.

De l'oblitération du col de l'utérus.

L'oblitération complète du col utérin pendant la grossesse est un accident excessivement rare, tellement rare, qu'un grand nombre d'accoucheurs ne l'ont jamais vu, et que des praticiens, très-recommandables du reste, nient sa possibilité.

Cependant, en lisant les auteurs, on trouve plusieurs observations de cette affection, assez bien circonstanciées pour ne pas laisser de doutes dans l'esprit. Sans parler de celles d'Amand (*Obs. sur la prat. obst.*, p. 63), de Mauriceau, de Thomas Simpson (*Essais médicaux de la Société d'Édimbourg*, t. III, p. 379), de Smellie, de Weis (*Histoire de la parturition*), auxquelles on pourrait ajouter plus ou moins de foi, nous citerons l'observation de Lobstein, rapportée dans la thèse de Flamant (thèse de Paris, 1811), celles de Grimm (Arch. de Horn, 1816), de Meisner (Journ. de Siebold), de Rummel (Journ. de Siebold, t. VI), de Morlanne (*Journ. d'accouch.*, t. I, vol. 4, p. 281) ; celle publiée en 1825 dans la *Pratique de l'art des accouchements* de Mme Lachapelle, par son neveu Dugès ; celle de M. Ashwell, de Londres (*London's med. gaz.*, 1837) ; celle de Gautier, et plusieurs autres relatées dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à l'article *Hystérotomie*.

Gautier raconte que chez une femme, après que le travail eut duré quinze heures, on ne put trouver d'orifice utérin : la matrice était descendue considérablement dans le bassin, et il n'y avait pas de

raison de supposer qu'il y avait obliquité, et que l'orifice utérin était très-élevé; on pratiqua une incision, et l'enfant fut extrait par le forceps : au bout de six semaines, la malade eut ses règles.

Le Dr Caffe, en 1833, a rendu témoin d'un cas semblable plusieurs accoucheurs distingués, parmi lesquels se trouvaient Hatin, Larcher, MM. Velpeau et Lenoir; on pourra lire cette observation, tout à la fois curieuse et intéressante, dans le *Journal hebdomadaire* du mois de mars 1834.

L'oblitération du col utérin au moment du travail, sans être complète, peut être assez considérable pour qu'il ne reste qu'une ouverture pouvant à peine admettre un stylet de trousse ou une aiguille à tricoter : tous les auteurs en ont cité des cas, et le Dr Cauvy a inséré un très-remarquable exemple dans la *Gazette médicale* de 1832.

Cet accident succède soit à une maladie grave des lèvres de l'orifice, soit à une inflammation aiguë avec sécrétion de lymphe plastique coagulable, qui unit entièrement les deux lèvres de l'orifice.

Dans le cas du Dr Caffe, la femme, pour se faire avorter, s'était injectée dans le vagin, et jusque dans l'intérieur de la matrice, une solution de cendres de foyer : dans celui du Dr Cauvy, il y avait eu oblitération presque complète du col à la suite d'hémorrhagie traitées par des injections astringentes.

Pendant le travail, le segment inférieur de l'utérus s'abaisse et s'amincit tellement qu'on pourrait le prendre pour la poche des eaux coiffant la tête de l'enfant : non-seulement il y a absence de l'orifice du col, mais encore disparition complète de sa partie saillante. Près de la paroi recto-vaginale, sur le raphé médian, dans le cas observé par M. Caffe, on touchait un repli de 3 millimètres de dimension, donnant la sensation d'une petite corde tendue : dans le cas du Dr Cauvy, le petit pertuis qui donnait passage à un stylet était à peu près au centre de la cloison membraneuse formée par le segment inférieur de l'utérus.

Des praticiens peu exercés ont pris pour l'affection qui nous occupe, qui du reste, je le répète, est excessivement rare, soit l'agglutination des lèvres de l'orifice, soit la déviation du museau de tanche, surtout lorsque celui-ci est relevé vers l'angle sacro-vertébral, l'orifice étant assez haut au début du travail pour ne pas être accessible au doigt (Mme Lachapelle, 10e mémoire, n° 20, t. III, p. 377).

Il est encore une disposition de l'orifice utérin, disposition signalée par Dugès, qui pourrait, dans certains cas, en imposer pour une oblitération de cet orifice ; c'est le croisement de ces deux lèvres. Cet orifice se présente alors au devant des parois du col, de telle sorte que la lèvre postérieure, épaisse, saillante, placée plus bas que l'antérieure, efface celle-ci et la couvre comme la valvule du trou de Botal en couvre la circonférence. On ne peut pénétrer dans l'utérus qu'en glissant obliquement entre les deux lèvres de cet orifice, et alors on peut ordinairement sans peine remettre l'antérieure au niveau de la postérieure.

L'oblitération du col utérin, bien reconnue, nécessite évidemment l'hystérotomie vaginale. On fait une incision cruciale autant que possible sur le point oblitéré, afin que, la matrice étant revenue sur elle-même, l'orifice utérin se trouve à sa place accoutumée.

Les liquides des lochies sortent par cette ouverture artificielle, aussi conseille-t-on de placer dedans une grosse canule en gomme élastique, pour la maintenir béante pendant quelques semaines.

Des altérations organiques dont le col peut être le siége.

ÉTIOLOGIE.

Diverses altérations organiques du col de l'utérus, en détruisant l'extensibilité des fibres de l'orifice utérin, peuvent être cause de résistance du col à la dilatation pendant le travail de l'accouche-

ment : dans un grand nombre de cas, elles ne font que retarder la dilatation ; dans d'autres, elles l'empêchent complétement.

Telles sont les tumeurs cancéreuses, squirrhe, encéphaloïde, cancroïde, choux-fleurs (*cauliflower, excrescence,* John Clarke), les tumeurs fibreuses; les cicatrices, les brides de tissu inodulaire; les indurations avec hypertrophie du col, etc. etc. C'est à l'ensemble de ces causes, ou plutôt à l'effet produit par l'une de ces causes, que quelques accoucheurs donnent le nom de *rigidité pathologique.*

On pourrait à la rigueur faire rentrer dans les cas de rigidité pathologique l'oblitération plus ou moins complète du col par un tissu de nouvelle formation qui aurait envahi la fibre propre du col; si nous avons traité cet accident à part, c'est parce que les indications thérapeutiques ne sont pas tout à fait les mêmes.

L'altération organique peut porter sur une partie ou sur la totalité du col; j'y reviendrai plus loin. Mais je dois dire dès à présent que je n'entends pas parler ici des tumeurs fibreuses pédiculées n'ayant qu'un point d'implantation sur le col : car les tumeurs pédiculées ou les polypes n'entravent la marche du travail que par leur volume, et ne sont par conséquent qu'un obstacle mécanique à la sortie du fœtus. Je ne puis non plus, sans sortir des bornes de mon sujet, discuter le plus ou le moins de prédisposition qu'apportent à l'avortement les altérations pathologiques du col utérin, et en particulier le cancer; du reste, il faut le dire, les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point de la science; mais, s'il m'était permis d'émettre une opinion, je serais volontiers de l'avis de ceux qui croient que le cancer du col ne peut être cause d'avortement que si l'économie est déjà profondément affectée, ou bien si la tumeur s'est propagée au corps et au fond de l'utérus. Qui ne sait, en effet, que le col ne participe au développement du reste de l'organe que vers la fin de la grossesse, et qu'alors ce n'est plus à un avortement que l'on a affaire, mais à un accouchement prématuré.

La rigidité pathologique par cancer du col se rencontre le plus souvent, comme l'affection du reste qui en est le point de départ,

chez des femmes déjà d'un certain âge; il est vrai que Dugès et Mme Boivin l'ont signalée chez de très-jeunes femmes accouchant pour la première fois; mais il est permis de penser que ces auteurs se sont trompés, et qu'ils ont confondu avec le carcinome de l'utérus diverses maladies qui doivent en être séparées : on est en droit de faire cette supposition, quand on lit dans leur ouvrage qu'ils ont rencontré douze cancers de l'utérus chez des femmes au-dessous de 20 ans.

La rigidité pathologique reconnaissant pour cause des brides de tissu inodulaire, ou des cicatrices du col, se voit principalement chez des femmes multipares qui ont eu un ou plusieurs accouchements ayant nécessité l'intervention de l'art; on la rencontre aussi chez des femmes dont le col a subi une mutilation profonde pour une affection plus ou moins grave. Ainsi le col offrait cette résistance chez une femme rachitique, ayant un vice de conformation du bassin, et qui était venue à la clinique, au mois d'octobre dernier, pour accoucher prématurément; chez elle, les douches, administrées trois fois dans les vingt-quatre heures, d'après la méthode de Kiwisch, n'amenèrent la dilatation qu'au bout de cinq jours; le col de cette femme présentait des brides et des cicatrices, résultat d'accouchements précédents, qui ne s'étaient terminés que par l'application du forceps et du céphalotribe.

SIGNES ET DIAGNOSTIC.

Au toucher, dans quelques cas, on trouve un orifice épais, tantôt dur, tantôt mou, à surface inégale, bosselée, présentant parfois la sensation d'une fausse fluctuation. Le col tout entier, mais le plus souvent une portion plus ou moins considérable est envahie par la tumeur. Dans certains cas, le doigt qui touche ne sent pas l'orifice, il a peine à s'orienter; c'est alors que l'accoucheur peut apprécier très-diversement ce qu'il éprouve, et l'examen au spéculum est

souvent nécessaire pour contrôler les résultats fournis par le toucher.

Les symptômes généraux étant à peu près les mêmes que ceux de la rigidité anatomique, nous n'y insisterons pas.

On ne confondra jamais la rigidité pathologique avec le spasme du col utérin, et ce n'est que par inattention qu'un accoucheur instruit pourrait la confondre avec la rigidité anatomique; mais le diagnostic est loin d'être toujours facile, et il y a des cas où, tout en reconnaissant qu'il y a rigidité pathologique, il est impossible de déterminer la nature de l'affection qui a envahi le col et empêche sa dilatation.

On pourrait aussi fort bien croire que l'on touche quelque partie de l'œuf, et se trouver conduit, une fois que l'on est engagé dans cette fausse voie, à des manœuvres qui seraient au moins inutiles, si elles n'étaient pas dangereuses : ainsi le col est quelquefois tellement dégénéré qu'on l'a pris pour le placenta implanté sur l'orifice (obs. 12); on s'étonnera d'autant moins de cette erreur, qu'il peut arriver que ces tumeurs s'accompagnent d'écoulements sanguins, légers ou abondants.

On pourrait encore confondre avec une tumeur n'ayant pas son point d'implantation sur le col, avec une antéflexion de l'utérus (Dugès, 10e mémoire de Mme Lachapelle, n° 21, obs. 4), avec la tête ou le siége d'un second enfant (obs. 12), etc. etc.

Voici le conseil que donne M. le professeur Pajot pour éviter autant que possible les erreurs du diagnostic : « Pour vous orienter, allez chercher avec le doigt le cul-de-sac utéro-vaginal ; dès que vous avez atteint ce point de repère, assurez-vous que le corps dont vous avez constaté l'existence à la partie supérieure de l'excavation, et qui vous a fait éprouver au toucher une sensation insolite et plus ou moins étrange, se continue avec le tissu de l'utérus, et fait corps avec la portion cervicale de l'organe (leçon clinique, septembre 1858).

PRONOSTIC.

La nature peut quelquefois se suffire à elle-même ; c'est ce qui arrive lorsque l'induration cancéreuse ou la tumeur fibreuse n'a envahi qu'une partie du col ; la dilatation se fait alors aux dépens de la partie restée saine ; l'autre se fendille, se déchire, pour contribuer aussi à livrer passage au fœtus et à ses annexes.

Dans un cas cité par Desormeaux (*Dictionnaire de médecine*), la dilatation se fit aux dépens des deux tiers de la circonférence de l'orifice, et la sortie de l'enfant fut à peine retardée.

M. Cazeaux (*Traité d'accouchements*, 6e édit., p. 641) a été témoin d'un cas dans lequel la dilatation, il est vrai, fut très-lente, mais finit par s'opérer complétement aux dépens de la lèvre antérieure ; la lèvre postérieure était envahie par une tumeur cancéreuse, qui s'étendait aussi sur la paroi postérieure du vagin.

Mme Lachapelle, dans le n° 18 de son 10e mémoire, rapporte plusieurs exemples d'accouchements spontanés chez des femmes affectées de cancer du col.

Si tout le col est passé à l'état fibreux ou cancéreux, il peut encore se fendiller ou se déchirer, et l'accouchement se terminer spontanément ; mais l'accoucheur devra intervenir à temps pour empêcher de se produire ces déchirures qui peuvent, en se prolongeant jusque dans le corps de la matrice, amener la mort rapide de la femme.

Les *Archives générales de médecine* du mois de décembre 1823 donnent le fait d'une rupture du col utérin au-dessus du squirrhe dont il était affecté, ce qui apportait obstacle à l'accouchement ; le rectum participa à la rupture, et l'accouchement s'opéra par l'anus. La femme guérit.

On a vu le segment inférieur de la matrice être en grande partie ou même complétement séparé de son corps, de manière que la tête de l'enfant entraînait avec elle le col utérin, dont elle était comme

coiffée : on en trouve un exemple dans le fait de Scott rapporté par Merriman (*Synopsis on difficult. parturit.*, etc., p. 266).

On peut encore, dans les cas de tumeur volumineuse, par une application de forceps ou de céphalotribe bien faite, obtenir des résultats assez satisfaisants.

Le pronostic sera évidemment moins grave si le col est envahi par une tumeur fibreuse, que s'il est le siége d'une dégénérescence cancéreuse ; l'engorgement squirrheux, le cancer ulcéré, les tumeurs encéphaloïdes, révèlent dans l'économie une disposition malheureuse, une diathèse qui conduira infailliblement la femme à une mort certaine.

L'accouchement, bien qu'il se soit accompli spontanément, n'en a pas moins une fâcheuse influence sur la marche ultérieure de la tumeur cancéreuse : dans la plupart des cas en effet, la pression, les déchirures auxquelles a été exposée la partie malade, activent son développement, et rendent ses progrès beaucoup plus rapides.

Un médecin allemand, Puchelt, a réuni 27 observations de femmes atteintes de cancer du col au moment de l'accouchement.

Sur ces 27 femmes, 5 moururent pendant le travail, 9 peu de temps après l'accouchement ; 10 se rétablirent ; le sort des trois autres est resté ignoré.

Quant aux enfants, ils succombent aussi très-souvent dans les cas dont nous parlons : ainsi, sur les 27 femmes dont parle Puchelt, 15 accouchèrent d'un enfant mort, 10 seulement d'un enfant vivant ; il n'est rien dit de l'état des deux autres. Je regrette de n'avoir pu consulter le texte même de l'auteur allemand, pour savoir si les femmes qui sont accouchées d'enfants morts sont précisément celles qui ont succombé pendant le travail ou peu de temps après l'accouchement.

TRAITEMENT.

Lorsque l'accoucheur sera en présence d'un cas de rigidité patho-

logique, il devra se rappeler qu'il doit donner beaucoup à l'expectation, et que l'état pathologique du col n'est pas une condition absolue de non-dilatation ; les deux tiers de l'orifice peuvent être malades, et la partie saine peut se dilater suffisamment pour le passage de l'enfant.

Si l'état de la mère, si celui de l'enfant, sont bons, si les contractions sont bien soutenues, attendez, ne vous pressez pas, et rappelez-vous toujours qu'il est une chose difficile en obstétrique, c'est de savoir jusqu'à quand il faut attendre, et quand il faut agir. Mais si le pouls de la mère devient fréquent, petit, filiforme ; si les bruits du cœur du fœtus deviennent irréguliers ou presque imperceptibles; enfin si vous craignez une déchirure qui puisse intéresser le corps même de l'organe, il est temps d'intervenir.

On ne devra accorder aucune confiance aux bains, aux narcotiques, à la belladone, aux émissions sanguines : la saignée ne ferait qu'affaiblir la malade sans avoir aucune influence sur l'état de l'orifice.

Si l'obstacle consiste dans la présence de brides cicatricielles, on pratiquera plusieurs incisions sur la circonférence de l'orifice.

Si l'on a affaire à un col fibreux ou cancéreux, c'est encore au débridement que l'on devra songer. Mme Lachapelle pensait, contrairement à l'opinion de Baudelocque, qu'il valait mieux attendre la déchirure spontanée; mais les accoucheurs modernes ne partagent pas du tout cette manière de voir. Les incisions devront toujours être faites sur la partie saine du col, et cela pour deux raisons : d'abord, en entamant les parties malades on s'exposerait à voir la solution de continuité se prolonger jusque sur le corps de l'utérus, soit au moment du passage de la tête, soit au moment du passage des épaules; de plus, dans le cas seulement du col cancéreux, les incisions faites sur la partie malade peuvent, en activant la marche de la maladie, rendre la mort beaucoup plus prompte.

La version ou l'application du forceps, conseillées par quelques accoucheurs, quand même la dilatation serait assez grande pour

passer la main, ne devront être tentées qu'autant que le bistouri aura préalablement facilité l'entrée de l'utérus; sans quoi on s'exposerait à des déchirures dangereuses au moment du dégagement.

Enfin il est des cas où, même après le débridement, l'expulsion spontanée du fœtus et l'application du forceps sont impossibles, le bassin étant obstrué par des tumeurs volumineuses.

La conduite de l'accoucheur devra être différente, suivant que la dégénérescence sera fibreuse ou cancéreuse.

Si l'on a affaire à des tumeurs fibreuses, on devra, comme l'a fait M. Danyau, tenter l'extirpation de ces tumeurs (*Gazette médicale*, 1851), et, si on ne réussit pas, pratiquer soit la perforation du crâne suivie de céphalotripsie, soit l'embryotomie; ce n'est qu'à la dernière extrémité que l'on songera à l'opération césarienne.

Si ce sont des masses cancéreuses qui mettent obstacle à l'accouchement, si l'on ne peut en faire l'extirpation, et que l'enfant soit vivant, malgré toute la répugnance que l'on puisse avoir pour l'opération césarienne, c'est à elle que l'on aura recours; c'est l'*ultima ratio* de l'accoucheur. « Pratiquée en temps opportun, elle donne de grandes chances de sauver l'enfant; et la vie de la mère est déjà si gravement compromise par la maladie dont elle est affectée, qu'on ne doit pas, à mon avis, hésiter à tout sacrifier au salut de son enfant » (Cazeaux, *Traité d'accouchements*).

OBSERVATION X.

Tumeur fibreuse ayant envahi la totalité du col; débridement multiple et céphalotripsie sans résultat; opération césarienne; mort de la femme.

La nommée Marie C....., âgée de 29 ans, de bonne constitution, primipare, enceinte de sept mois, entre à la clinique d'accouchements le 20 novembre 1857. Elle est envoyée, par le médecin de la localité qu'elle habite, pour être accouchée prématurément, celui-ci craignant un rétrécissement du bassin. Cette femme avait eu un acci-

dent dans son enfance: à l'âge de 8 ans, la roue d'une voiture lui était passée sur le bassin, et elle boitait depuis cette époque.

M. P. Dubois examine la femme, il ne trouve aucun vice de conformation du bassin : elle reste à l'infirmerie des femmes enceintes jusqu'au 8 janvier 1858.

Dans la nuit du 7 au 8, elle est prise des premières douleurs ; M. P. Dubois l'examine de nouveau le 8 au matin, et confirme son premier diagnostic, il ne trouve aucun vice de conformation du bassin.

Dans la nuit du 8 au 9, rupture spontanée des membranes, écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique.

La 9, à la visite du matin, M. P. Dubois trouve le col entr'ouvert, mais le pourtour de l'orifice est épais, dur, résistant à la pression ; en introduisant le doigt à travers l'orifice, M. P. Dubois trouve sur la partie latérale gauche un petit tubercule qui aurait pu *a priori* en imposer pour le nez de l'enfant, mais il ne trouve ni l'orifice buccal, ni les narines.

Un bain est prescrit à la malade.

Pendant la journée du 9 et la nuit du 9 au 10, agitation très-grande, contractions très-douloureuses, vomissements.

Le 10, à la visite du matin, l'état de la malade paraît assez inquiétant, le pouls est fréquent, petit, misérable, les contractions utérines sont faibles et éloignées, le ventre est tendu, ballonné, douloureux, il s'écoule par le vagin un liquide jaunâtre putréfié. Pas de modifications dans l'état du col ; M. P. Dubois ne sent plus le tubercule qu'il avait senti la veille, mais la tête du fœtus.

Le 11, état général beaucoup plus grave, absence complète de contractions ; le col est dur, résistant, faiblement entr'ouvert, permettant à peine l'introduction du doigt ; à l'orifice interne on trouve une sorte de bride aponévrotique très-résistante, et à travers laquelle on sent la tête : cette membrane adhère à l'utérus en arrière et à droite, dans les deux tiers de son étendue ; à gauche et en avant, elle est perforée, ce qui permet l'écoulement du liquide amnio-

tique putréfié. Une incision cruciale est faite sur l'orifice du col; le bistouri donne la même sensation que s'il coupait une tumeur fibroplastique. Ce débridement n'amène aucun résultat, et comme l'enfant est mort depuis longtemps, le chef de clinique pratique la céphalotripsie, afin de faciliter l'engagement de la tête. La malade est en proie à une anxiété très-grande, la face est grippée, le pouls est de plus en plus fréquent, il bat 140 fois par minute. On met la femme dans un bain, mais elle est prise aussitôt de syncope.

M. P. Dubois revient dans l'après-midi, et, voyant que cette femme va succomber si on ne l'accouche pas immédiatement, se décide à tenter l'opération césarienne.

La malade meurt le 13, dans la matinée.

L'autopsie montre que le bassin de cette femme était bien conformé; qu'une partie du pubis gauche, fracturé par la roue de la voiture, était constituée par une cloison fibreuse, très-solide; que le tubercule signalé par M. P. Dubois n'était qu'un corps fibreux pédiculé, dépendant d'une tumeur fibreuse qui avait envahi la presque totalité du col.

OBSERVATION XI.

Brides cicatricielles du col; projection de l'angle sacro-vertébral, débridement; application du forceps sans résultat; céphalotripsie.

Louise L....., femme V....., 34 ans; réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans. Enceinte pour la seconde fois, cette femme est accouchée d'un garçon à terme il y a quinze ans : l'accouchement, dit-elle, a été extrêmement laborieux, on fut obligé de faire plusieurs applications de forceps pour la délivrer. L'enfant n'a survécu que quelques heures à l'accouchement.

Les premières douleurs se font sentir le 19 décembre 1858, à onze heures du soir.

Cette femme n'entre à l'hôpital que le mardi 21 décembre au

matin. M. P. Dubois l'examine : au toucher il apprécie très-bien la circonférence du cul-de-sac intéro-vaginal, mais il ne peut trouver l'orifice utérin. Le spéculum est introduit, et l'on aperçoit au fond du vagin des brides de tissu cicatriciel, séparant des bourrelets mous et comme boursouflés. L'état de la mère et celui de l'enfant étant satisfaisants, M. P. Dubois quitte la femme, se proposant de revenir deux ou trois heures après. A une heure, il touche de nouveau la femme, et trouve tout à fait en arrière un orifice suffisant pour permettre l'introduction du doigt indicateur, et pour sentir la tête du fœtus. Cet orifice était limité par un bord postérieur très-épais, et par un bord antérieur très-mince, auquel aboutissait une cicatrice linéaire. On pratique trois incisions sur la circonférence du col : ce débridement est immédiatement suivi d'une dilatation de l'orifice, grande comme une pièce de 5 francs, et l'on reconnaît une position occipito-iliaque gauche antérieure.

A quatre heures la dilatation avait à peine marché, la tête n'était pas engagée, et l'enfant rendait son méconium. On s'aperçut alors qu'il y avait rétrécissement du diamètre antéro-postérieur, par suite d'une projection notable de l'angle sacro-vertébral; et l'on put s'expliquer les difficultés qu'on avait dû éprouver pour appliquer le forceps pendant le premier accouchement.

On fit une, deux applications de forceps, mais sans pouvoir extraire le fœtus. M. P. Dubois se décida, à quatre heures et demie, à perforer le crâne de l'enfant, et à faire la céphalotripsie.

Tout alla pour le mieux pendant quelques jours, l'état de la femme était très-bon, lorsqu'elle fut prise, le 26 décembre, c'est-à-dire cinq jours après son accouchement, de fièvre puerpérale, et elle succomba le 28 décembre.

L'autopsie permit de mesurer un diamètre antéro-postérieur qui n'avait pas plus de 8 centimètres $^1/_2$; on trouva une grande quantité de pus dans la plèvre et dans le péritoine.

OBSERVATION XII.

Rigidité pathologique par tumeur du col ; dilatation de la partie saine du col; obstacle mécanique de la tumeur à l'accouchement; application de forceps; nouvel obstacle à la sortie du tronc par hydropisie du fœtus.

La nommée Marie-Marthe L....., âgée de 32 ans, de bonne constitution, réglée pour la première fois à 16 ans, et sept jours par mois, est enceinte pour la troisième fois et à terme ; elle entre à la clinique d'accouchements le 14 septembre 1858, à onze heures du soir.

Premières douleurs le 14 septembre 1858, à huit heures du matin ; rupture des membranes même jour à dix heures du soir. Dilatation complète inconnue.

Le 15 septembre au matin, on touche la femme ; on trouve un corps de consistance moyenne et occupant le côté droit et postérieur du col de l'utérus, alors complétement dilaté.

La sage-femme qui avait donné les premiers soins à la malade avait cru à une présentation de l'épaule avec issue du bras. La sage-femme en chef de la clinique, Mme Callé, avait pensé tout d'abord sentir un placenta inséré sur le col ; mais l'absence d'hémorrhagies lui fit apporter quelques réserves dans son diagnostic.

M. le Dr Jones crut à deux fœtus, l'un présentant la tête et l'autre le siége, d'autant mieux que sur cette première tumeur venait prendre insertion une autre tumeur très-petite qu'il avait prise pour un pénis.

M. Pajot, chargé alors du service de la clinique, toucha la femme avec soin et diagnostiqua d'emblée une tumeur développée dans la partie droite et postérieure du col.

La dilatation s'était faite aux dépens de la portion restée saine du col, mais la tête ne put cependant franchir l'orifice, à cause de l'obstacle mécanique que formait la tumeur.

Le 16 au matin, M. Pajot fait une application de forceps et amène

la tête à la vulve. On pensait que les efforts de contractions de la mère feraient le reste, il n'en fut rien. Comme l'enfant était mort, on opéra des tractions sur la tête ; ces tractions furent sans résultat, et cependant elles avaient été faites avec assez d'énergie pour que la tête de l'enfant fût décollée. M. Pajot, soupçonnant un vice de conformation du tronc du fœtus, appliqua le céphalotribe pour en diminuer le volume ; trois applications successives ne servirent qu'à arracher une petite portion de la tumeur. On renouvela les tractions avec la main, et enfin l'on parvint à ramener le tronc du fœtus. On eut alors l'explication des difficultés qui avaient nécessité tous ces efforts, il y avait une ascite considérable avec hypertrophie du foie.

Cette série d'opérations avait duré presque une heure, la femme, qui n'avait pas été soumise au chloroforme, les supporta néanmoins avec courage.

La portion de la tumeur arrachée pendant l'application du céphalotribe fut examinée au microscope par M. Robin, qui diagnostiqua une tumeur fibreuse sans malignité.

Les suites de couches furent bonnes, et le 26 septembre la femme sortait de l'hôpital.

Elle fut opérée de sa tumeur au mois de novembre par M. Jobert (de Lamballe).

Actuellement cette femme est encore enceinte, et elle doit rentrer à la clinique pour faire ses couches ; je me propose de la suivre et de voir si ce nouvel accouchement présentera encore les mêmes difficultés.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'élasticité des artères, considérée comme servant de réservoir de compression, pour rendre le mouvement du sang continu.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de fer.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base la fleur et la feuille d'oranger et les diverses parties des fruits des hespéridées.

Histoire naturelle. — Énumérer les caractères généraux des baumes naturels et indiquer l'origine et les propriétés de ceux que l'on emploie le plus communément en médecine.

Anatomie. — Des anastomoses du nerf facial après sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Physiologie. — Y a-t-il des gaz contenus dans le sang?

Pathologie interne. — Du ramollissement du cerveau.

Pathologie externe. — Du cal.

1860. — Tissier.

Pathologie générale. — Des altérations de composition du sang dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De l'apoplexie de la protubérance et de la moelle épinière.

Accouchements. — Du vomissement pendant la grossesse.

Thérapeutique. — Le fer est-il absorbé? prouver cette absorption, si elle a lieu.

Médecine opératoire. — De la ligature de l'artère sous-clavière.

Médecine légale. — Des caractères cadavériques de la mort par inanition.

Hygiène. — Des climats sous le rapport hygiénique.

Vu, bon à imprimer.

PAUL DUBOIS, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.